

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1931-1932

N° 134

L'EPIDIDYMITE SYPHILITIQUE TERTIAIRE

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 13 Mai 1932

PAR

Benoit-Paul-Marie-Max de LAUBADÈRE

né à Paris (Seine) le 5 septembre 1907

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur.....	Président.
		ROCHER, professeur.....	Juges
		CHARRIER, agrégé.....	
		JOULIA, agrégé.....	

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1932

L'EPIDIDYMITTE SYPHILITIQUE TERTIAIRE

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 13 Mai 1932

PAR

Benoit-Paul-Marie-Max de LAUBADÈRE

né à Paris (Seine) le 5 septembre 1907

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur.....	Président.
		ROCHER, professeur.....	Juges
		CHARRIER, agrégé	
		JOULIA, agrégé.....	

BORDEAUX
Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX



M. SIGALAS. Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUIL
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC, DENIGES, AUICHE.

PROFESSEURS

MM.			MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Clinique chirurgicale in-	
Clinique chirurgicale.	CASSAET.	fantile et orthopédie . . .	ROCHER
Pathologie et thérapeuti-	CHAVANNAZ.	Clinique gynécologique . .	GUYOT.
que générales.	BEGOUIN.	Clinique médicale des ma-	
Clinique d'accouchements.	CARLES.	ladies des enfants.	CRUCHET
Anatomie pathologique et	ANDERODIAS.	Chimie - biologique et mé-	
microscopie clinique. . .	SABRAZES.	dicale.	DELAUNAY.
Anatomie.	VILLEMIN.	Physique médicale et phar-	
Anatomie générale et his-	G. DUBREUIL.	maceutique.	SIGALAS.
tologie.	PACHON.	Médecine coloniale et clini-	
Physiologie.	LEURET.	que des maladies exoti-	BONNIN
Hygiène.	LANDE	ques.	
Médecine légale et déon-	RÉCHOU	Clinique des maladies cuta-	PETGES.
tologie.	CHEILLE.	nées et syphilitiques. . .	DUVERGEY
Electroradiologie et clin.	BEILLE.	Clin. des mal. des voies urinaires .	
d'électricité médicale. .	DUPOUY.	Clinique des maladies nerve-	ABADIE
Chimie.	MANDOUL.	uses et mentales.	PORTMANN.
Botanique et matière mé-	DUPERIE.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie. .	
dicale.	TEULIERES	Toxicologie et hygiène ap-	LABAT.
Pharmacie.		pliquée.	SELLIER.
Zoologie et parasitologie.		Hydrologie thérapeutique	
Médecine expérimentale. .		et climatologie.	
Clinique ophtalmologique.			

MICHELEAU (Médecine générale).

MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie). LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			MM.
Anatomie	DUBECO.		PAPIN.
Technologie.	DUFOUR.	Chirurgie générale	JEANNENEY
Physiologie.	FABRE.		CHARRIER.
Parasitologie et Sciences	R. SIGALAS.	Obstétrique.	LOUBAT.
naturelles	CREYX		PERY.
	AUBERTIN.	Ophtalmologie.	RIVIERE.
Médecine générale.	DAMADE		BEAUVIEUX
	PIECHAUD.	Dermatologie et syphiligra-	
	DELMAS-MARSALET.	phie.	JOULIA.
Maladies mentales.	PERRENS.	Chimie générale pharma-	
		ceutique et toxicologie. . .	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.			MM.
Clinique dentaire	CAVALIE	Puériculture	FAUGERE.
Médecine opératoire.	PAPIN	Pharmacie chimique	GOLSE
Accouchements.	RIVIERE.	Zoologie et parasitologie.	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.	CABANNES (en congé)		
	BEAUVIEUX (chargé)		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes . MM. N...

Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MA TANTE

A MON FRERE

A TOUS MES AMIS

A TOUS LES MEMBRES DE MA FAMILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR E. CASSAET

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
MÉDECIN DES HOPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Pour le bienveillant intérêt
qu'il nous a toujours témoigné.*

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DUVERGEY

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

CORRESPONDANT NATIONAL DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

MEMBRE TITULAIRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'UROLOGIE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

En témoignage de notre respectueuse gratitude.

INTRODUCTION

Depuis les travaux de Dron, il est d'usage de diviser les manifestations de la syphilis sur la glande génitale en épididymite secondaire et orchite scléro-gommeuse.

Après avoir fait l'objet de longues discussions, l'épididymite secondaire est devenue classique.

En période tertiaire, nous savons que, « sur un testicule en bois, s'étale, comme un ruban, un épидидyme à peine perceptible ». Formule facile qui ne s'applique pas à tous les cas : on connaît des observations d'orchi-épididymite syphilitique tertiaire.

Par contre, l'envahissement de l'épididyme, indépendamment de lésions testiculaires, en période tertiaire, est considéré comme un fait très rare. Beaucoup l'ignorent ou le contestent; et pour certains ce n'est qu'une épididymite secondaire prolongée.

En réalité, de nombreuses observations indiscutables attestent l'existence de cette affection, peut-être moins rare que méconnue.

Tantôt il existe des lésions tertiaires concomitantes.

Tantôt l'épididymite est le seul accident que présente le malade, ancien syphilitique.

Comme elle est en général confondue avec l'épididymite tuberculeuse et, d'autre part, susceptible d'une guérison rapide par un traitement spécifique bien mené, on comprend l'intérêt qui s'attache au diagnostic de cette affection. Nous nous efforcerons dans ce travail d'en faire une description exacte. Nous rapportons la plupart des observations publiées. Nous avons laissé de côté celles dont la valeur nous a paru contestable.

HISTORIQUE

La notion de syphilome isolé de l'épididyme a pris naissance en 1863 avec le mémoire de Dron.

Déjà Ricord (*Gazette des Hôpitaux*, 1845) avait admis l'existence isolée d'une lésion épидидymaire mais, à ses yeux, c'était la blennorrhagie qui en était la cause. Nous voyons, dans le *Journal de chirurgie* de Malgaigne (1846, t. IV) Hélot tomber dans la même erreur, et cependant l'auteur reconnaissait que, dans certains cas, des lésions spécifiques peuvent coexister dans le testicule et l'épididyme.

Dans son *Traité des maladies du testicule* (1857), Curling émettait une opinion semblable. L'orchite syphilitique pouvait s'accompagner d'un engorgement épидидymaire de même nature, surtout en période tertiaire.

En 1863 parut le *Mémoire* de Dron :

« De l'épididymite syphilitique, ou tumeur syphilitique de l'épididyme » (*Arch. gén. de méd.*, t. II).

Il repose sur 16 observations qui ont été recueillies en 6 mois sur 200 syphilitiques.

De ce travail ressortent, les trois faits suivants :

1° L'épididyme peut être atteint primitivement dans la syphilis comme dans la tuberculose ;

2° L'épididyme peut être atteint isolément dans la syphilis, sans lésion concomitante du testicule ;

3° L'épididymite syphilitique se montre, de préférence, à la période secondaire de la syphilis.

C'est surtout le second point que l'auteur a cherché à prouver. S'il ajoute que d'ordinaire l'affection se développe entre le troisième et le cinquième mois de la maladie, dans

trois cas, que nous reproduisons, il s'agissait de lésions tardives nettement tertiaires. Ce sont ses successeurs qui ont voulu voir dans son mémoire la description exclusive de l'épididymite secondaire.

Tel Rollet (*Traité des mal. vén.*, 1866), prétendant que l'épididymite syphilitique se montre de 3 à 5 mois après le chancre et que si on la découvre au bout seulement de 3 à 4 ans, c'est que le malade, sans s'en douter, la portait depuis bien longtemps.

Lancereaux, dans son *Traité de la syphilis*, paru en 1866, admit les conclusions de Dron mais nia le syphilome tertiaire de l'épididyme.

Un peu moins affirmatif, Cuillerier déclare que « presque tous les faits concernent la période secondaire » (*Traité des maladies vénériennes*, 1866).

A l'étranger, les idées de Dron trouvent de nombreux adversaires et, tour à tour, Sigmund, Zeiszl, contestent l'existence de l'épididymite syphilitique isolée. Fournier, dans ses leçons cliniques de l'hôpital de Lourcines (1874), indique les trois modalités suivant lesquelles la syphilis peut affecter le testicule et ses annexes : épididymite secondaire, sarcocèle scléreux, sarcocèle gommeux.

Dans sa thèse sur « L'épididymite syphilitique précédée de quelques considérations sur les périodes secondaire et tertiaire de la syphilis » (Paris, 1876), Balme démontre l'existence du syphilome isolé de l'épididyme. Ses observations se rapportent à des cas observés pendant les périodes secondaire, de transition, et tertiaire. Quelques cas enfin évoluent sans accidents spécifiques concomitants et l'auteur nous invite à les rapporter à la période des accidents qui ont précédé. Il déclare ne point trouver de signes différentiels entre les lésions épididymaires secondaires et tertiaires. Enfin, il admet l'existence d'une épididymite gommeuse.

Cornil, en 1879, dans ses *Leçons sur la syphilis*, s'attache à l'étude du nodule gommeux de l'épididyme dont il donne la description suivante : « Petite tumeur du volume d'un

haricot, fixée au testicule, dure, indolente, elle passe parfois inaperçue. Plus rarement, elle siège sur le trajet de l'épididyme et on a vu le cordon tuméfié au-dessus d'elle. Simple ou bilatérale, elle ne s'accompagne d'aucun désordre, ni du côté de la vaginale, ni du côté de la peau. » « On suppose, ajoute-t-il plus loin, qu'elle est de nature gommeuse », mais il précise mal à quelle époque de la syphilis elle apparaît : « A une époque variable, de 4 mois à 1 an ou plus après le début du chancre. »

Dans un travail sur les affections syphilitiques du testicule (*Montpellier médical*, 1881), Tédénat nous dit qu'en période secondaire l'épididyme est souvent envahi, avec accessoirement lésion du cordon, réaction de la vaginale mais testicule intact.

En période tertiaire, les lésions habituelles sont le syphilome diffus et le syphilome gommeux. L'épididyme est parfois intéressé dans la région du globus major.

Dans des cas très rares, le syphilome est exclusivement épididymaire.

L'année suivante paraît le travail de Reclus sur la *Syphilis du testicule*.

Selon l'auteur, le nom d'épididymite secondaire, donné à l'affection de Dron par ses successeurs, et en particulier Fournier, est injustifié. Secondaire, c'est à peine si elle l'est dans la moitié des cas. D'autre part, d'après Reclus on peut admettre comme une loi que chaque fois que l'épididyme est affecté par la syphilis, le testicule est pris plus profondément.

Dans sa thèse d'agrégation, Rohmer décrit l'épididymite syphilitique sans se prononcer sur son époque d'apparition.

Mauriac, au contraire (*Leçons sur les maladies vénériennes*), la range toujours dans la période secondaire, ajoutant qu'on la regarde à tort comme un accident de transition. Plus tard, en 1890, dans son ouvrage : *Syphilis héréditaire et syphilis tertiaire*, il devait reconnaître le syphilome tertiaire de l'épididyme, encore qu'il l'admît rarement isolé.

Pascalis, en 1884, nous donne une idée de la fréquence de l'épididymite syphilitique qu'il a choisie comme sujet de thèse.

« Balme, nous dit-il, l'a trouvée 13 fois sur 2.300 syphilitiques; Dron, 16 fois sur 200; Tédenat, 8 fois sur 32. Reclus, enfin, sur 146 cas examinés, n'a pas observé un seul exemple d'épididymite isolée. » L'auteur publie lui-même dix observations dont plusieurs ont trait à la syphilis tertiaire de l'organe.

Nous les rapportons plus loin ainsi que deux autres tirées du *Mémoire* de Pinner, importante mise au point de la question, paru dans la même année.

Pour Monod et Terrillon l'épididymite est un accident secondaire (*Traité des maladies du testicule et de ses annexes*, 1889).

La thèse de Cuilleret, parue en 1890, ne groupe pas moins de 86 observations d'épididymite secondaire. Quant à la lésion tertiaire isolée de l'organe, ce ne serait qu'une vue de l'esprit. Du moins, si elle existe, elle est, en réalité, secondaire par sa date de début ou son mode d'évolution; la phase de début peut, en effet, durer longtemps et rester ignorée du malade. D'autre part, on ne connaît pas d'exemple d'une épididymite à tendance destructive. Elle a toujours, comme les autres accidents secondaires, une tendance marquée vers la régression.

Opinion inexacte. De nombreux cas de gomme épididymaire ont été publiés, et d'ailleurs, nous dirons, avec Oudart et Jean, que la discussion ouverte pour savoir si une épididymite contemporaine d'accidents tertiaires ne serait pas une épididymite secondaire prolongée, doit être close.

En 1893, Dron fait, au Congrès réuni à Paris pour l'avancement des Sciences, une communication sur l'épididymite syphilitique tertiaire. Il en décrit les caractères : « Lésion unilatérale, envahissant parfois tout l'épididyme, accompagnée de douleurs, très sensible au traitement ioduré. Le signe diagnostique le plus important paraissant être l'absence d'adhérences entre l'épididyme et le testicule. » Il

conclut enfin en ces termes : « Il y a lieu d'adopter une nouvelle classification et de réserver à l'épididymite tertiaire une place et une description à part, ainsi qu'il est fait pour l'épididymite secondaire longtemps méconnue. »

La même année, dans les *Archives provinciales de chirurgie*, Et. Rollet vient apporter une appréciation identique sur l'épididymite syphilitique tertiaire. Il en publie une observation fort intéressante que nous avons résumée plus loin.

En 1894, dans l'*American Journal of Medical Sciences*, Allen déclare que l'épididyme peut être atteint isolément à toutes les périodes de la syphilis, et quelquefois très tardivement. Deux des 9 observations qu'il rapporte sont relatives à des cas de gomme épididymaire.

L'année suivante paraissent les deux thèses de Jounart et Delahaye.

Jounart nous montre les trois circonstances dans lesquelles l'épididymite syphilitique tertiaire peut se montrer :

1° Malade ayant un passé syphilitique et des accidents tertiaires coexistant avec son épididymite;

2° Antécédents spécifiques mais absence d'accidents tertiaires;

3° Epididymite isolée chez un sujet dépourvu d'antécédents spécifiques.

C'est dans ce dernier cas surtout qu'on sera exposé à méconnaître la vraie nature de l'affection. Il croit fermement à la valeur diagnostique du traitement d'épreuve.

Plus loin, il décrira trois formes cliniques, subaiguë, aiguë et chronique.

Les symptômes des trois variétés sont les mêmes à part l'élément douleur qui sert de base à cette classification.

Il a groupé dans sa thèse 37 observations. Celle de Delahaye n'en comporte que 9. Cette sobriété provient de ce qu'aux yeux de l'auteur une épididymite tertiaire, pour mériter ce nom, doit réunir les deux conditions suivantes :

1. Coexister avec d'autres accidents de la même période;
2. Régresser rapidement par l'iodure de potassium.

Delahaye prétend que l'épididyme est le plus souvent intéressé en totalité. Quant à la nature des lésions il pense à une infiltration scléro-gommeuse épидидymaire et surtout péri-épididymaire.

L'année suivante, dans les *Archives de médecine de Toulouse*, Durand publie un cas intéressant d'épididymite tertiaire que nous rapportons.

Wright, dans la *Revue d'urologie et des maladies cutanées*, de Saint-Louis (1916), décrit l'épididymite syphilitique, affection qui apparaît au plus tôt deux mois après le chancre et le plus souvent entre un et cinq ans.

Pour Wright, le pronostic n'est pas toujours favorable dans les formes gommeuses, une double lésion pouvant entraîner la stérilité.

En 1919, dans le *Journal de l'Association médicale américaine*, Michelson reprend la question de l'épididymite syphilitique. Il décrit les trois formes suivantes : diffuse interstielle aiguë, diffuse interstitielle chronique, enfin, une forme gommeuse, la plus fréquente. A son avis, l'affection est le plus souvent unilatérale. Il en publie 7 observations dont 4 concernant l'épididymite tertiaire. Nous les avons reproduites.

Au Congrès d'urologie de 1919, le docteur Lebreton rapporte un cas d'orchi-épididymite syphilitique et il estime qu'il existe une relation fréquente entre les deux affections, la blennorrhagie préparant le lit à syphilis. Il est approuvé dans ses vues par le docteur Minet, qui déclare d'autre part avoir observé deux cas d'épididymite syphilitique sans participation notable du testicule.

Dans le *Journal anglais de dermatologie*, 1922, paraît un article de Fraser sur la lésion syphilitique isolée de l'épididyme. Il donne une observation d'épididymite tertiaire. Selon l'auteur, les lésions spécifiques prostatovésiculaires ne seraient pas rares.

Oudart et Jean, dans la *Presse médicale*, 1925, décrivent longuement le syphilome tertiaire de l'épididyme, « complication qui ne semble pas aussi rare qu'on l'a cru et mériterait d'être enfin décrite dans les livres classiques ». Ils en publient 3 cas.

Nous retrouvons semblable opinion dans la thèse de J.-E. Marcel, Paris, 1926. L'affection est certainement très souvent méconnue, d'ailleurs difficile à reconnaître. « Pour en porter le diagnostic, il est certain qu'il faut y penser et instituer de suite le traitement d'épreuve. » Ce dernier peut seul donner la clef du problème, déclare Perrin (*Marseille médical*, 1928), après avoir discuté le diagnostic. Il faut songer à l'éventualité d'une syphilis. « Le chirurgien ne devra pas immédiatement loucher vers le bistouri. Quelques grammes de bismuth ou d'arsenic, injectés à titre d'essai, feront plus pour sa renommée qu'un épидidyme conservé dans un flacon d'alcool. »

ETIOLOGIE

Si l'épididymite secondaire n'est pas une affection fréquente, l'épididymite tertiaire est encore plus rare. Rappelons que Jonnart ne pouvait en relever plus de 5 cas avérés sur 9.000 observations de Fournier. Nous avons déjà fait remarquer que si elle est si peu observée, c'est peut-être qu'on ne pense pas assez souvent à la rechercher.

La cause essentielle est la syphilis. Presque toujours, on la retrouve dans les antécédents des malades, et certains d'entre eux présentent des accidents spécifiques tertiaires concomitants. Ce sont évidemment là les cas les plus probants, les seuls que Delahaye dans sa thèse ait voulu retenir.

Parfois l'épididymite est isolée. La syphilis n'a jamais donné lieu au moindre accident, et rien actuellement ne la révèle. Mais l'action positive et prompte du traitement spécifique permet d'en affirmer l'existence.

A côté de cette cause essentielle, il paraît y avoir des causes prédisposantes.

Il n'est pas rare, en particulier, qu'un traumatisme, un effort violent, soient invoqués à l'origine de la maladie. Volontiers, le malade fait remonter l'apparition de la tumeur à un choc subi par les bourses. Certains accusent une contusion, d'autres un pincement, mais tous sont également convaincus que le traumatisme est la cause essentielle de leur mal.

Il se peut, en réalité, qu'il crée dans l'épididyme un *locus minoris resistantiæ*, point d'appel à la localisation ultérieure de la syphilis. « Toute lésion organique, comme le

fait remarquer Desgranges (de Lyon), est un pas fait vers des lésions organiques plus graves. »

C'est ainsi qu'une blennorrhagie antérieure peut elle aussi « faire le lit à la syphilis ».

« L'orchi-épididymite syphilitique, nous dit J.-E. Marcel, se développera, dans la règle, du côté qui fut déjà frappé d'orchi-épididymite blennorragique. » Le fait a été mis en lumière par Lebreton au Congrès d'Urologie de 1919. L'urétrite blennorragique, avec ou sans complication épидидymaire, se retrouverait, d'après Oudart et Jean, dans 45 % des cas d'épididymite syphilitique tertiaire publiés.

ETUDE CLINIQUE

Nous passerons en revue l'état des différentes parties de l'appareil génital.

Bourses. — Ne présentent en général pas de lésion pour leur propre compte. Seuls quelques cas aigus s'accompagnant de rougeur et de tuméfaction. Dans certains cas d'hydrocèle abondante, le scrotum peut se déplier. La peau, habituellement souple, et mobile, deviendra adhérente au-dessus d'une gomme de l'épididyme prête à s'ulcérer.

Vaginale. — Muette dans les lésions testiculaires, la vaginale est un réactif extrêmement sensible des lésions de l'épididyme. L'épanchement est fréquent.

Peu abondant en général; simple lame de liquide qui permet l'exploration des organes sous-jacents. Dans quelques cas, c'est une hydrocèle importante, et s'il faut en croire Michelson, l'épanchement peut atteindre 1.000 cc³. La tension du liquide, s'ajoutant à l'épaississement de la tunique vaginale, il peut dans ces cas en résulter une absence de fluctuation. On a cherché à s'expliquer cette hydrocèle. Peut-être résulte-t-elle de la gêne circulatoire due à l'épaississement de la tunique (Finger). Peut-être aussi est-elle conditionnée par une congestion passive chronique (Wright).

Le B.-W. se montre négatif dans le liquide. Parfois il n'y a pas d'épanchement, mais une simple réaction plastique qui se traduit par des frottements.

Epididyme. — La tumeur épiddymaire offre beaucoup de traits communs avec la lésion blennorrhagique ou tuberculeuse de l'organe. M. Chevassu va plus loin : « Ce qui caractérise l'épididymite syphilitique, c'est son absence de caractères. Elle simule à s'y méprendre les autres épiddymites et j'avoue qu'il m'est impossible de vous indiquer un seul symptôme qui la puisse caractériser. »

Nous essaierons de nous faire une idée de cette lésion, d'après les observations que nous avons groupées ici.

Il s'agit, dans la majorité des cas, d'une épiddymite chronique, survenue spontanément, à évolution progressive. Le début est silencieux. Le testicule a gonflé peu à peu sans douleur, sans même gêner le malade qui n'y a guère prêté attention (XIX). L'affection peut passer complètement inaperçue et constituer une trouvaille d'examen.

Le malade de notre observation consultait pour une lésion spécifique buccale et rien n'avait attiré son attention sur les bourses (XLII). Mais il est des formes à début aigu. Une douleur a été ressentie, brusquement, sans raison apparente, dans une des bourses (XII).

Chez le malade de Pinner, les souffrances atteignaient un tel paroxysme que seules des injections répétées de morphine pouvaient en avoir raison (XV).

Tel autre a dû interrompre son travail, arrêté par la brusquerie et le degré de la douleur.

Ces cas méritent d'être opposés à l'opinion de Dron, qui déclarait que jamais en période tertiaire l'épididyme ne présente de réaction vive.

Bien souvent, l'affection n'est ni indolente ni très douloureuse, le malade n'accusant qu'une sensation de gêne dans les bourses s'exagérant après un effort ou le soir d'une journée de fatigue.

Voici la physionomie habituelle des lésions à la période d'état : Petites masses, dures, indolentes, disséminées ou étroitement groupées. Le volume en est variable, d'un grain de mil aux dimensions du poing. Mais on compare le plus

volontiers le noyau induré à une noisette. Ailleurs ce sont des nodosités larges et comme aplaties, rappelant les plaques de blindage du testicule syphilitique.

Ces lésions siègent en général dans le globus major; la tumeur collée contre le testicule en coiffe le bord supérieur en bonnet phrygien.

Plus rarement on les trouve au niveau de la queue. Il est bien rare qu'elles restent cantonnées à la partie moyenne.

Enfin, tout l'organe peut être envahi, prenant alors quelquefois la forme d'une coque dure enchâssant le testicule.

Par le palper, en général, on n'éveille pas de douleurs. Rappelons le cas de Jonnart (XXIII) : « Le malade ne s'inquiétait que du volume et de la dureté de son testicule et assurait qu'on pouvait frapper sur la tumeur avec un marteau sans éveiller de douleurs. »

Cependant, dans quelques cas, l'épididyme était sensible à la palpation (XXVI).

En général, l'affection est simple. Dans quelques observations, elle est bilatérale (III, IV, XVIII, XXI, XXXI, XXXVII).

Testicule. — Il présente sa forme, son volume, sa consistance habituels. Sa sensibilité spéciale demeure intacte. Sur sa surface lisse on ne sent à la palpation aucune induration suspecte. En un mot il semble rester étranger au processus dont l'épididyme est le siège.

Cordon. Canal déférent. — « Dans la syphilis du testicule, dit le docteur Michon (Congrès d'urologie, 1919), il est presque constant que le déférent soit indemne. Dans les formes aiguës, le cordon peut être épaissi. Ce sont les éléments antérieurs qui sont atteints, et en arrière on trouve toujours le déférent mobile, de calibre normal et sans nodosités. Il y a donc seulement funiculite antérieure. » Ce qui est vrai pour la syphilis du testicule l'est aussi dans l'affection qui nous occupe. Dans quelques cas bien rares, on a observé le déférent, épaissi, un peu irrégulier.

Peut-être, font remarquer Oudart et Jean (*Presse méd.*, déc. 1925) faut-il invoquer la continuité des deux organes, leur commune vascularisation à leur jonction, leur même origine wolfienne ?

Les autres éléments du cordon sont plus fréquemment atteints.

Il est exceptionnel que les lésions remontent jusqu'aux vésicules séminales et à la prostate.

Rapports entre le testicule et l'épididyme. — Nous avons vu plus haut que Dron avait signalé l'absence de fusion entre le testicule et la tumeur épидидymaire. C'était, à ses yeux, un signe diagnostique de la plus haute importance.

De fait, en parcourant nos observations, nous trouvons presque toujours la tumeur nettement distincte.

Mais la fusion des deux organes peut s'observer.

D'ailleurs, au bout de quelque temps, la pachyvaginalite viscérale vient combler le sillon de séparation.

La valeur diagnostique du symptôme diminue encore, si l'on tient compte que, dans quelques formes d'épididymite bacillaire, épидидyme et testicule restent bien isolés.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'absence de fréquentes autopsies ne permet pas d'être très affirmatif. Toutefois, il paraît exister deux types anatomo-pathologiques distincts.

Une épididymite interstitielle, ce serait le cas le plus fréquent; une épididymite gommeuse.

La première variété serait l'homologue de l'orchite interstitielle, inflammation chronique du tissu conjonctif qui forme la charpente et l'enveloppe du testicule ; prolifération d'éléments embryonnaires dont l'aboutissant est un tissu scléreux.

Quant à la seconde, beaucoup d'auteurs ont hésité à l'admettre.

« L'épididymite gommeuse existe-t-elle ? Nous n'en trouvons rien dans les auteurs », déclare Pascalis.

Balme se demande : « Existe-t-il une épididymite gommeuse ? » La réponse semble devoir être affirmative malgré la pénurie de cas observés.

Écoutons Allen : « Le processus morbide peut revêtir l'aspect de gommes minuscules disséminées dans l'organe qui donne au toucher une sensation de corps irrégulier et nodulaire. Il peut se présenter sous la forme d'une infiltration ou d'une hyperplasie gommeuse diffuse, constituée par des masses gommeuses unies entre elles. Il peut enfin évoluer vers la sclérose, auquel cas l'épididyme devient dur et fibreux. »

Delahaye pensait à une infiltration scléro-gommeuse épididymaire et surtout péri-épididymaire.

Voici ce que déclare Mauriac (*Archives Générales de*

médecine, 1881) : « L'anatomie pathologique ne peut se faire que par analogie. Car le syphilome de l'épididyme n'a été ni disséqué ni soumis à l'analyse histologique. Selon toute probabilité, la détermination se fait sur l'enveloppe fibreuse de l'organe. Plus loin il ajoute « la prolifération se fait sur cette membrane fibreuse et dans les cloisons qui partent de sa face interne. C'est elle qui donne naissance à ces petites tumeurs dures.

» Un fait à noter, c'est que le syphilome ne paraît pas détruire comme l'épididymite blennorrhagique la perméabilité du canal tortueux de l'épididyme. Les fonctions génésiques sont conservées et le sperme renferme des spermatozoïdes. »

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est difficile. Plusieurs affections sont susceptibles de simuler le syphilome tertiaire de l'épididyme. Nous allons les passer en revue.

Epididymite tuberculeuse. — « Nombre de fois, dit le Professeur Fournier, les épидидymites simplement syphilitiques étaient réputées tuberculeuses, pour la seule raison qu'on se refusait à croire que dans un engorgement circonscrit de cet organe n'affectant pas le testicule, elles puissent dériver de la vérole. »

Nous savons aujourd'hui la chose possible. Mais le diagnostic est bien difficile. Plusieurs alternatives peuvent se présenter.

a) S'agit-il d'un cas franc, d'une tuberculose épидидymaire ancienne ? On trouve un organe parsemé de bosselures d'un volume inégal, dures ou fluctuantes selon leur âge. Il y a une tendance rapide et constante au ramollissement, à l'adhérence au scrotum et à la suppuration. Une ulcération se produit revêtue des caractères de l'ulcération bacillaire. Le pus est caractéristique et peut renfermer du B. K. Le déférent est atteint d'une façon plus constante. Nous avons vu plus haut que dans le syphilome tertiaire de l'épididyme il s'agit surtout d'une lésion des autres éléments du cordon. Enfin symptômes fort importants : 1° Les vésicules séminales et la prostate, le plus souvent respectées dans le syphilome, sont ici le plus souvent touchées bien que Fraser prétende que les lésions prostatovésiculaires d'origine spécifique ne soient pas rares ; 2° le noyau caudal est plus net ;

3° il y a fusion épидидymo-testiculaire. On note enfin souvent des antécédents scrofuleux ou nettement tuberculeux.

b) Mais supposons une lésion bacillaire au début. L'épididyme peut être seulement induré, sans noyaux distincts avec un déférent intact, des vésicules et une prostate saines. Même réaction légère de la vaginale. Même évolution froide, même état général satisfaisant. L'épididymite tuberculeuse serait le plus souvent bilatérale (Perrin).

Le diagnostic n'est basé dans ces cas que sur des nuances cliniques et pratiquement, malgré l'importance de sa précocité, on peut dire qu'il est impossible, si l'on ne songe pas à l'éventualité d'une syphilis ancienne ou héréditaire qu'un B.-W. pourra venir confirmer, et si on n'institue pas le traitement d'épreuve qui, seul, peut donner la solution du problème.

c) Un autre cas enfin peut se présenter. Le malade, porteur d'une épидидymite, est à la fois tuberculeux et syphilitique avéré.

Le traitement d'épreuve ici encore est la seule ressource. Grâce à sa rapidité d'action, quelques jours suffiront parfois pour savoir si l'on se trouvait en présence d'un cas simple ou mixte.

Epididymite blennorragique. — L'épididymite blennorragique sera plus facile à reconnaître. Elle présente un début éclatant. Sa nature est franchement inflammatoire. Elle survient pendant ou peu après l'urétrite, et l'on trouve dans les sécrétions urétrales ou dans le sperme, des gonocoques.

Il est bien des formues aiguës de syphilome épидидymaire, mais l'écoulement fait défaut et d'ailleurs les symptômes sont moins intenses et les antécédents spécifiques pourront venir éclairer le diagnostic. Enfin, le traitement d'épreuve sera ici encore d'une aide précieuse si l'on a des raisons de croire que syphilis et blennorragie sont à la fois en cause.

Avec une épididymite blennorragique aiguë, la confusion est en somme impossible, mais il reste l'épididymite blennorragique chronique et le diagnostic est ici plus délicat.

En faveur de la blennorragie, il y a la notion de l'écoulement antérieur suivi ordinairement d'orchi-épididymite.

L'engorgement blennorragique envahit d'abord tout l'épididyme pour se cantonner secondairement au niveau de la queue. Il y a des adhérences avec le testicule. Mais nous avons vu que le fait peut quelquefois se produire dans le syphilome.

L'épididymite blennorragique entraîne l'abolition fréquente des fonctions génitales que la syphilis respecte. A peine les trouve-t-on parfois languissantes.

Le cancer isolé de l'épididyme, et le cancer épididymo-déférentiel peuvent être reconnus, à la période d'état, avec leurs grosses bosselures, les douleurs lancinantes, l'état général mauvais. Mais au début le diagnostic est bien délicat et le traitement d'épreuve sera la grande ressource.

Epididymite urinaire colibacillaire. — L'épididymite blennorragique est parfois due non pas au gonocoque, mais au colibacille.

Il existe aussi des épididymites colibacillaires isolées, assez rarement, il est vrai. Elles peuvent être la première manifestation d'une colibacillose, où succéder à de vieilles infections urinaires à colibacille, à une pyélonéphrite, à une infection intestinale. On peut l'observer chez des constipés habituels.

Le début est brusque et l'affection a une marche inflammatoire, en imposant pour une épididymite tuberculeuse ou blennorragique à forme aiguë : tumeur dure, bosselée, avec parfois une petite zone fluctuante. Elle a une tendance marquée à la suppuration. La peau rougit, s'ulcère, donnant issue à un pus riche en colibacille. Puis l'écoulement se tarit et la guérison survient complète, mais les rechutes

sont possibles et, dans certains cas, l'affection passe à l'état chronique sous forme d'une induration épидидymaire.

A côté du type aigu habituel, il est des formes torpides d'emblée procédant par poussées, avec périodes de rémission complète (caractère qui écarte le diagnostic de bacillose).

L'épididymite colibacillaire peut être simple, bilatérale ou à bascule. On trouve du coli dans les urines. La prostate reste indemne.

On rencontre encore des épидидymites d'origine hémato-gène, à staphylocoques réalisant le même tableau clinique.

Par un examen urinaire attentif, et en suivant leur évolution, on évitera de les confondre avec les autres variétés d'épididymite, et en particulier l'épididymite syphilitique tertiaire aiguë et subaiguë.

Epididymite sporotrichosique. — La sporotrichose peut donner une lésion qui ressemble à l'épididymite syphilitique tertiaire.

Dans les deux cas, il y a intégrité habituelle du déférent.

L'aspect clinique est le même, mais l'évolution différente. L'épididymite sporotrichosique affecte une marche rapide quoique insidieuse et froide. La peau est vite envahie.

On recherchera la mycose, par ensemencement sur des milieux appropriés. Le traitement par l'iodure de potassium viendra confirmer le diagnostic, par son action curative très rapide, beaucoup plus rapide que s'il s'était agi d'un syphilome.

Epididymite secondaire. — C'est l'âge de la syphilis et la nature des accidents spécifiques concomitants qui permettront le diagnostic. Les deux lésions se ressemblent beaucoup. Un caractère distinctif : la lésion tertiaire est simple, en général, l'épididymite secondaire bilatérale.

En outre, dans la syphilis tertiaire, il n'y a pas d'adénopathie qui est constante dans la syphilis secondaire.

Kystes de l'épididyme. — Ce sont des tumeurs qui siègent

sur la face convexe de l'organe. Il en est de volumineux, fluctuants et transparents, d'un diagnostic facile. Mais d'autres sont petits et durs. Ce sont eux qui prêtent à confusion.

La notion d'âge peut servir de guide, ces kystes ne s'observant guère avant 40 ans.

Hématocèle de l'épididyme. — Les commémoratifs feront penser à cette lésion. Une ponction lèvera tous les doutes.

Diagnostic de l'ulcération spécifique. — En cas de gomme ulcérée, le diagnostic se pose avec l'ulcération tuberculeuse.

Bords amincis, décollés, violacés dans ce dernier cas.

Bords taillés à pic, contours irréguliers, couleur maigre de jambon en bordure, fond bourbillonneux dans l'ulcération spécifique.

PRONOSTIC

L'épididymite syphilitique tertiaire est une affection en général bénigne. Le traitement spécifique en a rapidement raison. Méconnue, elle peut persister indéfiniment, s'il s'agit d'une forme scléreuse, sans occasionner de douleurs. La lésion gommeuse peut avoir deux destinées différentes. Tantôt elle subit un processus de sclérose, donnant lieu à un noyau dont l'évolution est achevée, et nous retombons dans le cas précédent. Tantôt elle aboutit à l'ulcération, point de départ d'une fistule interminable. C'est là un fait rare. Nous en donnons plus loin quelques exemples.

Wright prétend que ces formes gommeuses sont souvent d'un pronostic défavorable ; elles peuvent entraîner une obstruction du déférent, d'où stérilité en cas de lésion bilatérale.

TRAITEMENT

C'est celui de la syphilis. L'arsenal thérapeutique nous fournit plusieurs médicaments efficaces que nous passerons brièvement en revue.

IK. — Ce vieux médicament a résisté aux insultes du temps. Son administration est facile, son efficacité non douteuse, mais il comporte des inconvénients : Accidents généraux, tous les accidents d'iodisme. Accidents locaux, réactions inflammatoires rares, mais importantes : tel, par exemple, un éléphantiasis rouge et douloureux du scrotum.

L'iodure est contre-indiqué si le terrain est tuberculeux.

On tâtera la tolérance du malade, par des doses faibles au début, puis rapidement croissantes (2 à 6 gr. par jour).

Mercure. — Le mercure était employé autrefois en même temps que l'IK. Lui aussi est encore employé aujourd'hui.

On l'administre en ingestion, frictions ou injection. Par cette dernière voie, le sel le plus efficace est le cyanure de Hg. intraveineux.

Sels arsenicaux. Bismuth. — Nettement plus actifs, constituent le traitement de choix. Mais l'arsenic est contre-indiqué chez les sujets âgés, ou à émonctoires déficients. Son emploi peut en outre ne satisfaire ni le malade ni le médecin. Le bismuth fatigue le rein et nous connaissons le danger des stomatites qu'il occasionne.

CONDUITE DU TRAITEMENT

L'iodure de potassium n'est jamais employé seul, mais on doit le tenir pour un adjuvant sinon nécessaire, du moins excellent des autres traitements. Quant au choix des autres remèdes, l'état du malade en premier lieu (foie, rein, cœur), des considérations matérielles diverses le conditionnent. C'est là aussi question de tempérament, et du malade, et du médecin.

Nous pouvons indiquer un schéma de traitement : Trois à quatre injections de cyanure de Hg. intraveineux (un centigramme tous les deux jours), suivies d'une série de sulfarsénol aux doses croissantes habituelles. En même temps, IK à l'intérieur en allant progressivement de 2 à 6 grammes par jour.

Sous l'effet de ce traitement, les lésions épидидymaires rétrocedent rapidement et l'on peut obtenir une guérison complète en un mois ou même plus tôt.

Ce qui n'empêchera pas de poursuivre le traitement spécifique.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Observation personnelle. (Due à l'obligeance de M. le professeur Duvergey.)

M. Paul, âgé de 46 ans, consulte en avril 1920 pour une tumeur de la bourse gauche dont il précise mal le début.

Avait eu un chancre à 19 ans, mal traité.

Au-dessus du testicule gauche qui est souple, petit, sensible, on sent une masse épидидymaire du volume d'une grosse amande, irrégulière, dure, non douloureuse, occupant la tête et le corps de l'épididyme, collée au testicule.

La queue de l'épididyme est normale. Le cordon est souple.

Prostates et vésicules séminales normales.

Urines claires.

Pas d'hydrocèle.

Pas d'écoulement urétral. Aucun passé urétral.

B.-W. positif.

Traitement d'épreuve par IK à l'intérieur, injections de cyanure de Hg. intraveineux (1 centigramme tous les deux jours), puis sulfarsénol.

Le noyau épидидymaire guérit et disparaît totalement en deux mois.

Le malade est revu un an après complètement guéri.

Le traitement spécifique a été continué.

OBSERVATION II

(Observation III de Dron (résumée). « De l'épididymite syphilitique », *Archives génér. de médecine*, 1863, t. II).

Malade de 22 ans.

Chancre induré en février 1862 suivi d'accidents secondaires.

Cinq mois après, apparaissent spontanément des douleurs dans la partie droite du scrotum, avec légère tuméfaction.

En même temps, syphilide papuleuse sur le tronc et les membres. Plaques muqueuses anales et buccales. Entre à l'hôpital de l'antiquaille beaucoup plus pour ces lésions que pour l'affection indolente et peu gênante du testicule.

Neuf mois plus tard, le malade signale de nouveau des douleurs affectant le même siège.

A l'examen du contenu du scrotum, on trouve les lésions suivantes :

L'épididyme tuméfié dans toute son étendue, mais surtout vers la tête où la tumeur égale une aveline. La consistance est solide et résistante, sa surface bosselée. L'organe est appliqué sur le testicule sans l'enchâsser ; ce dernier est parfaitement sain. Il n'y a pas d'écoulement urétral.

Le malade n'accuse aucun effort ; il passe la plus grande partie de la journée au lit.

A gauche, le testicule est atrophié par suite d'un varicocèle. Pas de noyau induré dans l'épididyme.

Le tibia droit est le siège d'une périostose douloureuse avec exacerbations nocturnes.

Les syphilides ne sont plus indiquées que par des macules discrètes.

Guérison complète en un mois par le KI de la lésion épидидymaire et de la périostose.

OBSERVATION III

Observation VIII de Dron.

X..., 35 ans. Tempérament nerveux. M'est adressé le 21 juillet 1863 par le Dr Diday.

Antécédents : Ce malade a eu, il y a dix ans, une blennorrhagie qui ne s'est pas compliquée d'épididymite.

Il y a cinq ans, une nouvelle blennorrhagie aussi simple que la première. Puis il a eu un chancre, qui se montra trois semaines après le seul coït auquel il se soit livré depuis cette époque.

Le chancre, qui s'accompagna d'un engorgement des ganglions de l'aîne, fut traité, indépendamment des moyens locaux, par le protoiodure de mercure à l'intérieur. Malgré ce traitement, deux mois après : croûtes dans les cheveux, alopecie, papules sur le front, engorgement des ganglions cervicaux postérieurs, angine tenace, plaques muqueuses à l'anus.

En décembre 1863, le malade éprouve au testicule gauche une douleur accompagnée d'un peu de tuméfaction. Pareils accidents se montrèrent à droite. La douleur s'exaspérait la nuit, il alla à Paris voir un spécialiste renommé, qui, examinant, très superficiellement, d'après le malade, les organes affectés, les déclara parfaitement sains.

M. Cullerier, consulté ensuite, reconnut une tuméfaction anormale et prescrivit KI à la dose de 1 gramme par jour.

Actuellement, je constate un engorgement des deux épидidymes, dont la tête égale à gauche une olive, à droite une petite noisette. Pas de lésions aux testicules.

Fonctions génitales languissantes.

M. Diday a jugé la tuméfaction de nature syphilitique et a prescrit un traitement par le protoiodure d'hydrargire et KI.

Le malade, étranger à Lyon, n'a pas été revu, mais il a écrit que les tumeurs de l'épididyme diminuaient.

OBSERVATION IV

Observation XI de Dron.

L..., 30 ans. Tempérament sanguin. Entre à l'Antiquaille le 31 juillet 1863, salle Saint-Michel, n° 6.

Antécédents : Blennorragie il y a dix ans. Pas d'épididymite.

Il y a quatorze mois, chancre induré traité à l'Antiquaille (pansements au vin aromatique et pilules mercurielles).

Ce chancre ne fut cicatrisé qu'au bout de quarante-huit jours. Le malade sortit en bon état, mais quinze jours après se montrèrent des croûtes dans les cheveux, de l'alopecie, des plaques muqueuses du gosier et une syphilide papuleuse. Pilules mercurielles, bains de sublimé. Cautérisation des plaques. Guérison au bout de deux mois.

Quelques mois plus tard, récurrence nécessitant un nouveau traitement mercuriel.

Actuellement, le malade présente une éruption de rupia syphilitique aux cuisses, aux fesses et au dos. Douleurs ostéocopes nocturnes.

La tête de l'épididyme gauche a le volume d'une olive. Elle est dure, inégale, indolente; rien à la queue.

A droite, légère induration de la même partie.

Les testicules sont sains et les fonctions génitales normales. Avant l'examen, le malade ne s'était pas aperçu de la tuméfaction de l'épididyme, et jamais n'y avait ressenti de douleurs.

Guérison complète de toutes les lésions en un mois par le KI.

OBSERVATION V

Observation XIV de Dron.

X..., étudiant en médecine.

Antécédents : Il y a deux ans, chancre induré, suivi d'accidents constitutionnels. Il a fait à cette époque un traitement mercuriel et depuis lors aucune manifestation syphilitique n'est survenue.

Dans les premiers jours de septembre 1873, M. X... s'aperçut d'une petite tumeur au niveau de la queue de l'épididyme gauche survenue sans cause traumatique et sans occasionner de douleur.

Il n'y avait point d'écoulement par le canal et les blennorrhagies anciennes du malade ne se sont jamais compliquées d'épididymite. Cette tumeur avait le volume d'une grosse noisette ; elle était dure ; à peine douloureuse à la pression, un peu adhérente à la peau, se confondant avec l'épididyme et parfaitement détachée du testicule, qui n'offrait rien d'anormal. Il y avait un peu d'épanchement dans la tunique vaginale.

En raison des antécédents syphilitiques du malade, j'ordonnai pour tout traitement KI à l'intérieur à la dose de 0,50 pour débiter et 6 grammes au bout de cinq jours.

Huit jours plus tard, la tumeur avait presque complètement disparu.

Aujourd'hui, 18 septembre, c'est-à-dire quinze jours après le début du traitement, il n'en existe plus de traces. L'épanchement s'est également résorbé. J'ai engagé le malade à continuer pendant quelque temps KI.

OBSERVATION VI

Observation IX de la thèse de Balme (résumée). Thèse de Paris, 1876, *Etude sur l'épididymite syphilitique précédée de quelques considérations sur les périodes secondaire et tertiaire de la syphilis.*

M. X... consulte pour une roséole, accompagnée de mal de gorge dû à des érosions amygdaliennes et d'une périostose sternale.

Fait ensuite, sept mois après, de la périonyxis et du psoriasis lingual. Les testicules, examinés, sont trouvés sains ainsi que les épididymes.

Le malade, qui a subi jusqu'ici un traitement régulier par des pilules de protoiodure de mercure, présente le 22 juin 1874, c'est-à-dire quatorze mois après le début de la roséole, des nodosités

dans la tête de l'épididyme droit, sans rien à l'autre, pas plus d'ailleurs qu'aux testicules. Pas de douleurs à la pression.

Le scrotum est d'apparence normale.

En même temps s'est développée une périostose de l'extrémité interne de la clavicule droite.

Traitement : IK, 2 grammes.

Le malade n'est pas revenu.

OBSERVATION IX

Observation VIII de Tedenat (résumé). « Etude sur les affections syphilitiques du testicule », *Montpellier médical*, 1881.

Homme de 34 ans. Entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 8 janvier 1876 pour une affection du testicule droit.

Orchite blennorragique droite en 1869.

Chancres indurés en 1873. Accidents secondaires bénins.

De vagues douleurs ont attiré son attention du côté du testicule droit, douleurs s'irradiant vers les lombes et survenant surtout le soir.

On trouve la bourse droite tuméfiée, un peu d'hydrocèle. Epididyme augmenté de volume dans toute son étendue.

Ça et là nodosités larges et comme aplaties. La pression n'y détermine pas de douleur.

Le testicule a son volume normal. Sa sensibilité spéciale est un peu émoussée. Il est un peu moins mou qu'il ne l'est ordinairement dans l'épididymite blennorragique ; l'épididyme au moins triplé de volume l'emboîte complètement.

Le canal déférent dans toute sa partie inguinale est épaissi à sa partie inférieure ; deux nodosités comme une noisette se mettent en contact avec la partie interne de la tête de l'épididyme.

Traitement : Emplâtre de Vigo, suspensoir, IK 4 grammes.

Dans l'espace d'un mois et demi, l'épididyme est revenu à peu près normal, ainsi que le canal déférent.

OBSERVATION X

Observation IX de Tedenat.

Pierre Mich..., 27 ans, cordonnier, habitant la Guillotière. Lymphatique. Bonne santé habituelle.

Blennorragie à 22 ans. Passée à l'état chronique. Elle dura huit ou dix mois.

Depuis lors, poussées fréquentes d'herpès génital. Il y a quatre ans (mai 1875), chancre induré suivi, deux mois après, d'accidents secondaires graves. Périostite du frontal. Ecthyma des membres inférieurs. Ils ont persisté pendant plus d'un an malgré le traitement mercuriel régulier et une hygiène très satisfaisante.

Au début de février 1879, le malade éprouve des douleurs vagues dans le testicule gauche avec tiraillements inguino-lombaires. Il constate un peu de tuméfaction. Il attribuait ces accidents à une contusion de l'organe pendant le coït.

Le 4 mars, je constatai chez cet homme, qui faisait ses vingt-huit jours dans la même section que moi, à l'hôpital militaire de Lyon, une tuméfaction de tout l'épididyme, au moins doublé en volume, dur, indolore à la pression ; épanchement de 80 grammes environ dans la tunique vaginale.

Testicule mou, petit, encapuchonné en haut et en bas par l'épididyme gonflé.

Mon ami le Dr Debord, aide-major attaché à cet hôpital, fit les mêmes observations que moi et crut (comme moi) à une épididymite syphilitique.

Le malade mit un suspensoir et continua son service, sans souffrances notables. Il fut soumis au traitement par KI (3 grammes par jour). La tumeur épididymaire diminua progressivement et au début du mois de juin, il n'en restait plus de traces.

OBSERVATION XI

Observation X de Tedenat

Achille Tav..., 29 ans, garçon d'hôtel.

Entre le 21 juillet 1875 à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Bonne santé habituelle.

Chaudépisse il y a six ans sans inflammation orché-épididymaire. Elle dura quatre mois.

En 1870, vérole suivie d'accidents secondaires. Nouvelle blennorragie en 1873, guérie en deux mois. Pas de troubles urinaires.

Il y a dix jours, Tav... s'est aperçu d'une tumeur située dans la bourse gauche ; elle s'accompagne de vagues douleurs le soir, quand le malade a marché toute la journée.

Il entre à l'hôpital moins pour cette affection que pour une légère bronchite.

Du côté gauche, le testicule a son volume, sa consistance et sa sensibilité ordinaires. L'épididyme dans sa moitié inférieure est dur, bosselé, du volume d'une grosse noix.

Il est sain dans le reste de son étendue, indolore à la pression.

Pas d'épanchement dans la vaginale qui paraît un peu épaissie et présente quelques frottements. Sur la partie inférieure du canal déférent sont échelonnées trois nodosités du volume d'une noisette.

Pas d'autres accidents syphilitiques.

Le testicule et l'épididyme droits sont sains.

Traitement : Tisane salsepareille, 2 gr. de KI, pommade iodurée. Dix jours après, amélioration déjà notable.

Au bout de deux mois, on constate la disparition presque totale de la tumeur épидидymaire et du nodule funiculaire.

OBSERVATION XII

Observation I de la thèse de Pascalis (résumée).

De l'épididymite syphilitique, thèse Paris, 1884.

Malade de 40 ans.

Chancre induré de la verge en mai 1880.

Roséole. Pustules d'ecthyma.

Poussées de plaques muqueuses.

En novembre 1881, c'est-à-dire dix-huit mois environ après l'accident primitif, le malade est pris subitement d'une douleur très vive dans le testicule gauche, s'irradiant dans tout le trajet du cordon.

Les douleurs sont spontanées et augmentées par la plus légère pression.

Le traitement par IK a raison de la tumeur en une vingtaine de jours : *restitutio ad integrum*.

Peu après, apparaît au niveau de la joue gauche une tuméfaction présentant tous les caractères d'une gomme, ce qui prouve, ajoute Pascalis, que l'épididymite était bien tertiaire.

OBSERVATION XIII

Observation IV de la thèse de Pascalis (résumée).

M. X..., âgé de 30 ans.

Chancre induré, il y a trois ans environ.

Roséole. Plaques muqueuses survenant par poussées successives pendant trois ans.

A ce moment apparaît spontanément une douleur vive dans la bourse droite.

Repos et IK la font disparaître en dix jours et il persiste à la tête de l'épididyme un noyau qui, peu à peu, va se résorber.

Aucun accident syphilitique pendant cinq mois, quand reparait brusquement une épididymite aiguë droite avec les mêmes douleurs que lors de la première atteinte.

En même temps, exostose de la crête tibiale droite et arthrite aiguë à la suite d'une marche.

Repos, IK, protoiodure d'Hg. En quinze jours tout a disparu.

OBSERVATION XIV

Observation IX de la thèse de Pascalis (1884).

M. X... prit un chancre induré diagnostiqué par M. Fournier; à la suite, il eut une roséole des plaques muqueuses buccales, et après dix mois de traitement aucun accident ne survint. Le malade est porteur d'un double varicocèle volumineux, surtout à droite.

Au mois d'avril 1882, c'est-à-dire onze ans après l'accident primitif, le malade, très attentif et très soigneux, s'aperçut que sa bourse droite se tuméfiait. Il put sentir une tumeur allongée en arrière de la glande, tumeur qu'il comparait à une amande surajoutée au testicule, mais comme il n'existait pas de douleurs, le malade ne s'en inquiéta pas. Les fonctions génésiques étaient conservées.

Ce n'est qu'un an après, le 25 mars 1883, qu'il consulta pour la première fois M. le docteur Reclus.

En l'examinant, on trouva le testicule, la prostate et le cordon sains; l'épididyme droit, doublé de volume, présente à sa partie inférieure un noyau de la grosseur d'une noisette. Il est absolument indolore, même à la pression, dur, inégal, et des bosselures semblables à des grains de plomb se rencontrent aussi à la queue de l'épididyme.

Le 3 avril, huit jours après, le malade vient nous revoir; il avait pris par jour 4 gr. de KI. L'amélioration est considérable. Les lésions de la queue de l'épididyme ont disparu, le tissu en est souple; au niveau de la tête, il reste deux ou trois petits noyaux semblables à des pois fort durs encore, mais indépendants les uns des autres.

Le 29 avril, l'épididyme eût été complètement normal, n'était un petit noyau dans le globus major.

Le 27 mai, quand le malade nous fit sa dernière visite, cette

dureté anormale avait disparu, bien que l'emploi de KI fût suspendu depuis plus de quinze jours.

OBSERVATION XV

Tirée du Mémoire de Pinner, 1884.

Homme âgé de 36 ans.

Syphilis antérieure. Depuis de longues années déjà il n'a pas eu d'accidents. Il constate dans son testicule l'apparition d'une petite tumeur assez bien circonscrite.

Cette tumeur s'accompagne d'abord de douleurs insignifiantes, mais bientôt les douleurs arrivent à un paroxysme tel que des injections de morphine seules arrivent à lui procurer un peu de repos.

Maas voit le malade quelques jours après et constate une tumeur constituée par des noyaux irréguliers, comme forme et dimensions, situés à la queue de l'épididyme. Les violentes douleurs dont était atteint le malade avaient déjà nécessité tant d'injections de morphine que toute une cuisse était comme semée de piqûres d'épingle.

Guérison par le KI.

OBSERVATION XVI

Tirée du Mémoire de Pinver, 1884.

Homme de 26 ans. Bonne santé habituelle. Marié, pas d'enfant. Consulté pour une hydrocèle assez dure.

Pas de douleur, sauf quelques sensations de pesanteur due au volume assez considérable de la tumeur (gros du poing).

On peut établir l'existence certaine d'une vérole antérieure.

Pas d'augmentation appréciable du testicule. L'épididyme est irrégulièrement mamelonné et noueux.

KI. Guérison complète.

Le malade a eu depuis un enfant sain.

OBSERVATION XVII

Observation I de Mauriac (résumée). (*Syphilis héréditaire et syphilis tertiaire*, 1890.)

M. X..., 34 ans, s'aperçoit huit années après un chancre induré suivi d'accidents secondaires bénins d'une tuméfaction du testicule droit.

Peu après, la verge devient douloureuse et commence à s'in-

curver en haut pendant les érections. On constate un semis de nodosités voisinant avec des plaques dures et indolentes sur toute la surface supérieure des corps caverneux.

L'épididyme du côté droit est lui aussi induré. L'autre est sain, de même que les testicules.

Pas de blennorrhagie depuis neuf ans.

Sous l'influence d'un traitement ioduré intensif, la sclérose des corps carverneux s'améliora mais lentement. L'épididyme parut plus rebelle encore.

Huit mois après, il était encore sclérosé et deux plaques fibrineuses persistaient dans le corps caverneux.

Dans cette observation, ajoute Mauriac, l'affection de l'épididyme est tertiaire par sa date. Si elle s'est montrée rebelle au traitement, c'est que la sclérose était devenue sans doute définitive.

OBSERVATION XVIII

Observation II d'Allen. Article « Syphilis de l'épididyme »
American Journal of medical sciences, avril 1894.

J. W..., 31 ans, fut admis le 11 décembre 1891.

Le malade dit avoir contracté la syphilis il y a dix ans et il présente actuellement des éruptions syphilitiques sur la peau.

Il a eu une seule blennorrhagie, il y a huit ans, sans complications.

Il y a un an, les deux testicules gonflèrent, dit le malade, et restèrent ainsi pendant six semaines.

Ce gonflement ne parut jamais disparaître complètement et augmentait particulièrement après le coït.

Le gonflement actuel commença, il y a trois mois, et a été constamment indolent ; il produisait seulement une sensation de tiraillement sur les bourses.

L'examen montra que le gonflement se localisait aux deux épididymes qui étaient allongés et indurés.

Le traitement par des doses croissantes d'IK et de frictions à l'onguent mercuriel sur le scrotum réussit si bien que le 22 janvier 1892 le malade fut renvoyé sur sa propre demande, quoi qu'il y eut encore un léger gonflement.

OBSERVATION XIX

Observation III, d'Allen.

M. J..., âgé de 50 ans, admis à l'hôpital le 14 janvier 1893.

Chancre induré il y a dix ans.

Rétrécissement de l'urètre traité il y a deux ans par urétrotomie périnéale.

Deux mois avant l'entrée à l'hôpital, le malade se contusionna le testicule droit; il s'ensuivit un gonflement douloureux. L'examen révéla une tumeur scrotale deux fois grosse comme le testicule normal, que l'on mit sur le compte de l'épididyme seul. La queue (*globus minor*) était confondue avec le tissu conjonctif et adhérait à la peau du scrotum. La peau qui recouvrait cette masse dure et résistante devint graduellement violacée et finalement s'ulcéra pour livrer passage à un pus, léger, liquide comme de l'eau, par un petit pertuis qui, pendant quelques semaines, joua le rôle d'une fistule de suppuration.

On trouva la tumeur de l'épididyme si irrégulière, si pleine de noyaux, lorsque la tuméfaction du scrotum diminua; elle provoquait si peu de gêne et une absence si complète de douleur qu'auscultôt on pensa se trouver en présence d'une tuberculose de l'organe. La formation fistuleuse consécutive ne fit que confirmer cette opinion.

Cependant, en raison des antécédents, on pensa qu'on pouvait avoir affaire à un cas d'épididymite spécifique, développée à la faveur du traumatisme qui aurait créé un *locus minoris resistentiae*.

Effectivement, l'iodure de potassium tarit promptement la suppuration et fit fondre la tumeur épидидymaire.

Le 2 avril, la fistule était fermée, l'épididyme avait recouvré son volume normal et son contour régulier.

Seule persistait une bride fibreuse s'étendant comme un cordon de la queue de l'épididyme au tissu conjonctif sous-cutané.

OBSERVATION XX

Observation V, d'Allen (résumée).

Malade de 40 ans, consulte pour une tumeur fistulisée occupant la bourse droite.

Dit avoir eu la syphilis il y a neuf ans. Soignée exclusivement et d'une façon irrégulière par l'IK, elle n'a donné lieu jusqu'à l'an passé à aucune manifestation, mais à cette époque le testi-

cule gauche commença à gonfler, peu à peu, sans douleur, sans même gêner le malade qui n'y prêta guère attention.

Il y a un mois, une fistule purulente apparut à la partie déclive du scrotum. Les progrès de cette ulcération et de la tumeur l'ont engagé à venir à l'hôpital.

A l'examen du contenu du scrotum, on trouve la queue de l'épididyme, grosse, ferme et nettement reliée à travers le tissu conjonctif à une ulcération profonde, d'apparence certainement gommeuse.

Le corps et la tête de l'organe forment une masse semblable à un tissu épais de cartilage d'un diamètre de plus de cinq centimètres. Ils se séparent nettement du testicule qui paraît souple, normal au toucher.

Traitement. Curettage de l'ulcère à la curette « Wolkman ».

IK à l'intérieur.

Au bout d'un mois (3 mars), l'épididyme est plus petit mais toujours dur.

L'ulcère a diminué de moitié; il est guéri le 14 avril et l'épididyme a encore diminué. L'induration s'est cantonnée dans le *globus major*.

OBSERVATION XXI

Observation VII d'Allen.

H. B..., âgé de 43 ans, vu pour la première fois le 25 février. Sa dernière blennorrhagie remonte à dix ans et depuis il n'a eu aucune affection de l'urètre.

Il contracta la syphilis il y a dix ans.

Il y a six semaines, le testicule gauche commença graduellement à augmenter de volume, le gonflement fut d'abord indolent. Il devient douloureux dans la suite parce que le malade avait marché beaucoup.

A l'examen on trouve un testicule lisse, ferme, insensible à la pression.

L'épididyme est distinct et pas augmenté de volume.

Traitement : Iodure de potassium à doses progressives.

10 mars. Le malade, qui prenait 2 drachmes d'iodures par jour, a vu une éruption sur la face et sur le dos des mains ressemblant beaucoup à l'urticaire.

J'ordonne qu'on diminue la dose et qu'on l'associe à la belladonne.

24 mars. A la dose de 40 grains, l'éruption a reparu. J'ordonne de diminuer rapidement la dose.

L'épididyme est nettement augmenté de volume. Le testicule, au contraire, est souple, mou, et il a considérablement diminué.

15 avril. L'épididyme est considérablement réduit.

OBSERVATION XXII

Observation I de la thèse de Jonnart (résumée). *De l'épididymite syphilitique tertiaire ou du syphilome tertiaire de l'épididyme*, thèse Paris, 1895.

Malade de 37 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 22 février 1895 pour une affection du testicule droit.

En 1882, chancre induré de la verge suivi d'accident secondaire.

Traité pendant trois ans en alternant sirop de Gibert et pilules de protoiodure de mercure.

En 1892, blennorragie sans complications.

En 1895, le malade, en s'asseyant, se pinça le testicule droit, ce qui provoqua sur le moment de vives douleurs, puis une tuméfaction progressive et rapide des bourses et l'engagea à rentrer à l'hôpital.

A l'examen, on trouve le tableau d'une épididymite blennorragique ou tuberculeuse subaiguë.

L'épididyme est pris en entier; il est gros, dur, bosselé, enchâssant le testicule qui a conservé son volume et sa consistance ordinaires.

La partie inférieure du déférent contiguë à l'épididyme présente une légère tuméfaction qui pourrait être prise pour des nodules tuberculeux de ce canal. Testicule sain.

L'affection est peu douloureuse.

Comme trace de sa vérole, le malade présente actuellement des syphilides cutanées et un engorgement des ganglions inguinaux.

En dix jours, sous l'influence d'un traitement mixte, IK et protoiodure, l'épididyme a repris son volume normal, bien que la queue de l'organe reste un peu grosse et dure.

Déférent absolument sain.

Revu au bout de quinze jours, on trouve toujours un noyau d'induration, indolent, au niveau de la queue de l'épididyme.

OBSERVATION XXIII

Observation III de la thèse de Jonnart.

Ferdinand L..., âgé de 30 ans, conducteur d'omnibus, entre à l'Hôtel-Dieu le 25 octobre 1894, salle Saint-Landry, lit 35.

Antécédents héréditaires. Parents vivants et bien portants. Il est marié, a eu 4 enfants, dont 2 sont morts en bas âge; sa femme est bien portante.

Antécédents personnels : Blennorrhagie en 1893 sans complication d'orchite, ni d'épididymite.

En 1888, une adénite inguinale droite opérée par M. le docteur Polaillon, à la Pitié, est guérie.

En 1891. Le malade se présente à l'Hôtel-Dieu à cause d'une tumeur des bourses développée à droite et qu'on diagnostique : hydrocèle tuberculeuse.

On lui fait une large ouverture, on vide la vaginale et le testicule redevient à peu près normal, quoique légèrement plus gros que le gauche.

En 1894, dès le début de l'année, le testicule droit augmente petit à petit et en juillet il prend tout à coup un volume énorme. Toutefois, l'indolence était absolue et le malade ne s'inquiétait que du volume et de la dureté de son testicule. On pouvait frapper dessus avec un marteau, dit-il, sans provoquer de douleur.

En octobre la tumeur était du volume d'un gros œuf d'oie et le malade se décide à entrer à l'hôpital. On trouve à l'examen de la tumeur un testicule droit de volume à peu près normal, quoique légèrement atrophié, de consistance ordinaire, ne présentant aucune sensibilité à la pression .

Ce testicule est enchatonné par un tumeur constituée par l'épididyme. Tout l'organe est augmenté de volume, mais le corps et surtout la queue sont beaucoup plus atteints que la tête.

Le malade est soumis à l'IK qui donne une amélioration rapide.

OBSERVATION XXIV

Observation IV de la thèse de Jonnart.

X..., vu le 10 novembre 1891, a contracté la syphilis en 1895.

Chancre induré de la verge.

Aucun accident secondaire.

Il est soumis pendant cinq mois au traitement mixte : pilules de protoiodure d'hydrargyre et iodure de potassium.

Tout traitement a cessé depuis lors.

En octobre 1891, il présente une tumeur de l'épididyme droit qui a débuté il y a onze jours. Cette tumeur est indolente.

M. Fournier le met au traitement ioduré en concluant à une épididymite syphilitique qui serait tertiaire par sa date.

OBSERVATION XXV

Observation V de la thèse de Jonnart.

X... se présente chez M. Fournier le 24 mai 1879. Il a eu un chancre labial en 1874.

Traité par le Dr X..., on lui donne 2 à 4 centigrammes de proto-iodure par jour et 2 grammes d'iodure de potassium.

Le malade passe une saison à Luchon pendant laquelle il ne présente comme accidents que les croûtes aux jambes.

En 1877-78, quelques accidents légers.

Aujourd'hui (mai 1879), tumeur osseuse du palais qui a débuté il y a deux mois.

En même temps, tumeur de l'épididyme gauche dont la tête est très dure, bosselée.

Cette tumeur a débuté il y a cinq mois, mais elle a beaucoup grossi depuis quinze jours; elle est indolente.

M. Fournier fait prendre au malade une cuillerée à café par jour de liqueur de Van Swieten, trois cuillerées de sirop d'iodure de potassium, des bains.

Le 18 juin. L'épididyme a beaucoup diminué; la tumeur du palais est presque effacée.

4 juillet. L'épididyme est sain.

On observe, à la suite, chez le malade, d'autres manifestations tertiaires.

OBSERVATION XXVI

Observation I de la thèse de Delahaye (thèse de Lyon, 1895).

Eugène..., 36 ans, entre à l'hôpital d'Antiquaille le 19 décembre 1892 pour des douleurs intenses dans la bourse droite, ayant débuté brusquement.

Antécédents : chancre en août 1891, suivi d'accidents secondaires.

On constate les lésions suivantes :

Enveloppes scrotales tuméfiées, surtout à droite. La peau est de couleur normale.

Pas de liquide dans la vaginale.

Epididyme droit volumineux. La tête et la queue présentent un noyau de la grosseur d'une petite noix. Le corps à le volume d'un doigt annulaire d'homme adulte. La consistance est ferme. Nodosités dures, mais pas de sensation ligneuse ou cartilagineuse.

L'épididyme entier peut être facilement détaché du testicule.

Il est très douloureux. Douleurs spontanées et provoquées.

Testicule absolument sain.

Douleurs au niveau du cordon; à gauche épididyme et testicule sont sains.

En même temps :

Syphilides tuberculo-ulcéro-croûteuses disséminées sur le thorax. les bras et les jambes.

Ulcération présentant les caractères de l'ulcération spécifique, à la partie postéro-inférieure de la jambe droite.

Dans la région supéro-externe de l'avant-bras gauche, tuméfaction du volume d'une mandarine, fluctuante, sans modifications du côté de la peau.

Douleurs ostéocopes, surtout nocturnes à ce niveau.

La tuméfaction adhère profondément au cubitus dans son tiers supérieur.

On prescrit IK : 4 gr. et frictions d'onguent napolitain.

Le 1^{er}, l'épididyme droit a retrouvé sa forme normale; il est indolent.

La tuméfaction du bras a fondu.

Les syphilides sont cicatrisées.

OBSERVATION XXVII

Observation II de la thèse de Delahaye.

Joseph H..., 41 ans, meunier.

Entré le 13 avril 1894, à l'Antiquaille, service de M. le professeur Gailleton.

En 1884, ulcération du gland qui a persisté pendant trois mois.

Avant la guérison de cette première ulcération, et deux mois après son apparition, le malade a présenté des boutons et des lésions humides à la fesse et à l'anus, des plaques muqueuses dans la bouche et à la gorge, de la céphalée. Soigné à cette époque par un docteur de Villefranche il se soumit ensuite pendant deux ans au traitement ioduré des équinoxes.

En 1889, blennorragie, ayant duré trois mois, et compliquée d'orchi-épididymite gauche.

En 1892, légère urétrite dissipée au bout de quelques jours.

Aucune manifestation spécifique jusqu'en février 1894.

A cette époque, apparition sur la partie dorsale de la couronne du gland d'une petite tuméfaction dure, peu douloureuse, qui lentement est parvenue à l'ulcération.

Il y a trois semaines la bourse gauche est devenue douloureuse, tuméfiée (le malade ne présentant aucun écoulement urétral).

Supportable pendant le repos, la douleur s'exagérait par la marche et la station debout.

Aucun traitement. Pas de suspensoir.

Le malade a considérablement maigri depuis quelques mois, il tousse et a eu de fréquentes hémoptysies.

C'est un individu surmené, surtout au point de vue génital.

Actuellement (13 avril), l'ulcération du gland persiste toujours. C'est une perte de substance taillée à l'emporte-pièce, indolore, sans base indurée. Le fond en est purulent, recouvert d'une sécrétion jaune doré.

Du côté des bourses, en avant et à gauche, épanchement dans la vaginale, l'épididyme du même côté est gros, noueux dans sa totalité et il est le siège de vives douleurs spontanées et provoquées.

L'épanchement de la vaginale empêche de se rendre un compte exact de l'état du testicule.

A droite, testicule et épididyme sains.

Le malade tousse fréquemment ; ces hémoptysies se produisent encore presque journellement. Cependant, l'examen du poumon ne révèle aucune lésion bacillaire.

On hésite à se prononcer sur la nature de ces lésions. MM. Gailleton et Rollet songent à des manifestations tuberculeuses.

On essaye le traitement antisypilitique. Iodure de potassium 4 grammes. Frictions à l'onguent napolitain ; suspensoirs.

20 avril. L'épanchement de la vaginale a notablement diminué et permet un examen méthodique de la glande. Le testicule est absolument sain. On l'isole aisément de l'épididyme qui est volumineux, irrégulier, douloureux.

Au bout de quinze ou vingt jours, l'ulcération du gland a complètement disparu. Résolution de l'épididymite, l'organe se sent nettement comme un petit ruban coiffant le testicule.

Etat général excellent. Le malade prend de l'embonpoint. Les hémoptysies se réduisent à quelques filets de sang dans les crachats.

22 mai. Le malade quitte le service complètement guéri.

M. Et. Rollet l'a revu le 24 juillet, en excellente santé.

OBSERVATION XXVIII

Observation de Durand (résumée). Article : « Cas d'épididymite syphilitique tertiaire ». *Archives de méd. Toulouse*, 1896, p. 188.

Malade âgé de 25 ans. Entre le 10 décembre 1892 dans le service du professeur Audry.

Pas d'antécédents de syphilis héréditaire. A toujours été peu robuste, mais sans jamais présenter de symptômes de tuberculose.

Blennorrhagie à l'âge de 17 ans, guérie sans complications.

En août 1893, chancre induré suivi d'accidents secondaires ; mal traité.

Il y a quarante jours, ont apparu des ulcérations sur la jambe et la cuisse gauches. Ces ulcérations, au nombre de trois, sont superficielles, de grandeur variant entre celle d'une pièce de 0 fr. 50 et celle d'une pièce de 2 francs.

Les bords en sont circonscrits et non décollés, les contours très élégants et le suintement peu abondant.

En résumé, ces lésions présentent tous les caractères cliniques des ulcérations spécifiques de la période tertiaire.

A l'examen, on perçoit par la palpation une augmentation de volume notable et une induration de l'épididyme droit, notamment de la tête. Testicule absolument normal. Pas de douleurs.

En aucun point, on ne perçoit de collection liquide pouvant faire supposer une lésion bacillaire.

Rien au cordon.

On pense à une épididymite syphilitique tertiaire.

Traitement : 4 grammes d'onguent napolitain en frictions et IK à l'intérieur : 3 grammes par jour.

En vingt jours, l'épididyme a recouvré sa consistance et son volume normaux ; les ulcères sont cicatrisés.

OBSERVATION XXIX

Observation I de Wright (résumée). Article : « Syphilis de l'épididyme. » *Revue d'urologie et maladies cutanées de St-Louis*, 1916.

M. D..., âgé de 29 ans.

Durant l'hiver 1912-13, a noté une augmentation de volume du scrotum droit que son médecin diagnostiqua hydrocèle.

Plusieurs ponctions durant l'hiver, et le 5 avril 1913 castration sur diagnostic d'épididymite tuberculeuse.

Un an plus tard, le côté opposé paraît à son tour se remplir de liquide. Le Dr Wright voit le malade en juillet 1914, ne croit pas

à une affaire tuberculeuse. Une injection de tuberculine donne un résultat négatif.

En janvier 1916, on ouvre cette hydrocèle et la palpation donne accès sur un épидидyme gros, lisse, demi-élastique. Le cordon est intéressé. Le testicule normal.

Sorti au bout de quelques jours, le malade revient quelque temps après, se plaignant d'un mauvais état général. L'idée vient au Dr Wright de prescrire de l'iodure de potassium qui donne un prompt et heureux résultat : Augmentation de 4 kilos en quinze jours et diminution notable du gonflement de l'épididyme. Ce dernier, au bout d'un mois, était absolument normal.

OBSERVATION XXX

Observation II de Wright.

M. F..., 35 ans, bonne santé apparente.

Blennorragie non compliquée à l'âge de 16 ans.

A 18 ans, chancre ; son médecin lui assura qu'il n'était pas syphilitique.

Il y a six ans, il éprouva des douleurs dans la région prostatique. On lui fit du massage de la prostate. A la même époque, il remarqua que ses urines étaient rouges. Un examen cystoscopique montra un calcul de la vessie. Le calcul fut enlevé le 12 juin 1910. Puis se développa une double hydrocèle, qui fut ponctionnée souvent, tant que le malade resta à l'hôpital, puis, une fois qu'il l'eut quitté, tous les six mois seulement.

En 1916, il vient consulter le Dr Wright qui découvre cette double hydrocèle volumineuse. Les urines sont purulentes.

La prostate augmentée de volume, lisse de consistance, demi-élastique et très sensible.

On ouvre l'hydrocèle. On trouve un épидидyme gros, lisse, de consistance élastique. Cordon épaissi. Testicules normaux.

Wassermann négatif. On n'en essaie pas moins un traitement d'épreuve. Amélioration considérable des lésions épидидymaires en quinze jours.

OBSERVATION XXXI

Minet, Congrès d'urologie, 1919.

Le Dr Minet déclare avoir observé deux cas d'épididymite syphilitique sans participation notable du testicule. L'affection était

bilatérale ; on trouvait de grosses bosselures épидидymaires à peu près indolentes, peu sensibles à la pression, sans grand épanchement vaginal, sans lésion du côté du déférent, sans adhérence à la peau, ni œdème. On aurait pu penser à une épидидymite chronique blennorragique et surtout à la tuberculose sans l'action remarquable du traitement mixte ioduré et mercuriel qui fit disparaître complètement les lésions en un mois environ.

OBSERVATION XXXII

Observation de Fraser (résumée, *in* thèse J.-E. Maral). Article : « Syphilis of the testicle confined to the epididymis ». *Brit. Journ. Dermat.*, London, 1922, p. 200.

Homme de 51 ans qui, à 18 ans, après avoir eu la syphilis, présente une épидидymite interstitielle, aiguë à gauche, chronique à droite, sans participation du testicule, de la prostate, ni des vésicules.

L'épididymite est facilement guérie par le novarsénobenzol, ne laissant persister qu'une induration nodulaire de la tête.

Le malade avait eu antérieurement une blennorragie et Fraser pensa que cette première infection a favorisé la localisation épидидymaire de la syphilis.

OBSERVATION XXXIII

Observation II de Michelson (Epididymite syphilitique subaiguë). « Syphilis of the epididymis », *Journ. Amer. Medical Assoc.*, Chicago, 1919.

Homme ayant présenté une douleur accompagnée d'un léger gonflement au niveau de l'épididyme droit.

Il disait n'avoir jamais eu de blennorragie, mais, un an auparavant, avait remarqué une « petite plaie » sur le prépuce, suivie d'une « rougeur de la peau ».

Il n'avait suivi aucun traitement.

B.-W. négatif.

On fit une réactivation : une dose (0 gr. 60) de néo-salvarsan (marque néo-arsphénamin) et le B.-W. devint fortement positif.

Le traitement fut continué. La légère tuméfaction, qui occupait tout l'épididyme droit, disparut complètement.

Bien que le diagnostic n'ait pas été définitivement établi, il s'agissait probablement là d'une épидидymite syphilitique diffuse en raison de la rapide réponse au traitement d'épreuve.

OBSERVATION XXXIV

Observation III de Michelson (résumée). Epididymite syphilitique interstitielle et hydrocèle.

Homme, âgé de 25 ans. Vint consulter le Dr Wright pour une hydrocèle.

Chancre cinq ans auparavant.

Trois mois avant de venir consulter le Dr Wright, il avait noté une tuméfaction du côté droit du scrotum, qui s'était établie rapidement. On pouvait trouver, derrière le testicule, l'épididyme, gros, et d'une dureté élastique. La circonférence du scrotum mesurait 11 pouces et demi. On porta le diagnostic d'épididymite syphilitique avec hydrocèle.

Traitement : Injections de salicylate de Hg. et fortes doses d'IK.

Après trois séries, la circonférence n'était plus que de trois pouces et demi.

Le malade abandonna le traitement, il fut ainsi impossible de suivre ce cas.

OBSERVATION XXXV

Observation IV de Michelson (résumée). Epididymite gommeuse.

Malade âgé de 27 ans, célibataire.

Contracta la syphilis quatre ans avant de venir consulter le Dr Wright. Il prit des pilules, à bâtons rompus, pendant deux ans. Il avait remarqué, il y a trois mois, une petite masse dans le scrotum gauche. Il y a un mois, il reçut un coup sur le scrotum qui se tuméfit et devint douloureux.

La peau rougit, se tendit, pour finalement se crever, donnant issue à un pus gélatineux. Il s'ensuivit une ulcération, de la dimension d'une pièce de nickel, siégeant à la face postérieure du scrotum gauche. Puis les bords s'indurèrent et l'écoulement se tarit.

Le malade avait perdu 18 livres.

On porta comme diagnostic : Gomme de l'épididyme gauche.

Traitement : IK et injections de néo-salvarsan (marque néo-arsphénamin). Au bout de quatre injections, on notait une importante reprise de poids, mais le malade refusait de continuer le traitement.

OBSERVATION XXXVI

Observation VI de Michelson. Epididymite syphilitique diffuse et funiculite.

Malade ayant présenté un épaississement de l'épididyme gauche qu'un médecin avait traité comme une blennorragie. Le malade n'avait pourtant jamais eu d'écoulement. L'épididyme gauche était dur et noueux, présentant de nombreuses indurations. Le cordon était épaissi et plus dur que du côté opposé.

Syphilis sept ans auparavant pour laquelle il avait reçu beaucoup de pilules, mais jamais d'arsphénamin.

Il fut obligé de partir avant que l'examen complet ait été pratiqué. On ne put faire de Wasserman ni instituer de traitement.

OBSERVATION XXXVII

Observation I de Oudart et Jean (*Presse médicale*, 1925, 23 décembre).

Du..., 43 ans. Pas de blennorragie.

Nie tout antécédent syphilitique, mais son médecin nous signale des antécédents vénériens suspects.

Chancres probable il y a une quinzaine d'années.

A été opéré il y a dix ans d'hydrocèle à gauche.

Il n'est pas possible de retrouver dans les registres opératoires des constatations faites à ce moment sur l'état de la glande génitale.

Du même côté, est apparu, il y a trois mois, un gonflement suivi de fistulisation.

Il entre à l'hôpital Sainte-Anne le 2 août 1920.

Le scrotum gauche est augmenté de volume. Il existe à la face antérieure deux fistules superposées à bords arrondis à l'emporte-pièce, à fond grisâtre et fongueux.

On pense à une gomme testiculaire, mais, à la palpation, on s'aperçoit qu'il s'agit d'un volumineux épидидyme inversé. alors que le testicule en position postérieure est normal et a conservé sa sensibilité spéciale.

Il s'agit donc d'une épидидymite chronique fistulée. Tout l'organe est épaissi, bosselé.

Le canal déférent paraît un peu épaissi, mais ce sont surtout les autres éléments du cordon qui sont infiltrés et durs.

L'épididyme est un peu douloureux à la pression.

Quelques ganglions, durs, mobiles, un peu douloureux dans la région externe du triangle de Scarpa.

Testicule droit normal. Epididyme droit présentant un petit noyau dur au niveau de la tête.

Prostate et vésicule normales.

La cutiréaction à la tuberculine est négative.

Le B.-W. fortement positif.

Malade obèse, à veines invisibles, refusant toute injection intra-fessière.

Traité à l'iodure et frictions mercurielles.

En un mois, les fistules sont guéries.

Nous avons revu le malade le 1^{er} octobre 1920. Il n'existait à gauche qu'une petite induration nodulaire sur la tête de l'épididyme.

Le cordon était devenu souple, absolument normal.

OBSERVATION XXXVIII

Observation III de Oudart et Jean (*Presse médicale*, 1925, 23 décembre).

Ba..., inscrit maritime, 23 ans.

Est envoyé à l'hôpital Sainte-Anne pour orchite chronique à gauche en juin 1923.

Cet homme a fait une urétrite blennorragique en juillet 1920, guérie en un mois et demi sans complications.

En 1921, en sautant sur une bicyclette, contusion de la bourse gauche, accident auquel le malade attribue le début de l'affection actuelle.

L'épididyme gauche présente des bosselures un peu douloureuses à la pression, dures, plus marquées vers la queue de l'organe.

Le testicule paraît un peu plus gros que celui du côté opposé. Le cordon est plus épais, mais le déférent, assez difficile à isoler, est intact. La vaginale est épaissie ; peu ou pas d'hydrocèle.

Rien au toucher rectal.

Infra-dermoréaction à la tuberculine négative.

B.-W. = + + +.

Traitement par des injections de cyanure.

OBSERVATION XXXIX

Observation II de Oudart et Jean (*Presse médicale*, 1925, 23 décembre).

Nat..., ouvrier, 48 ans, entre à l'hôpital Sainte-Anne le 13 octobre 1919 pour hydrocèle à droite. A eu une blennorragie dix ans aupa-

ravant, guérie il y a neuf ans ; a été traité pour une ostéite du tibia reconnue comme d'origine syphilitique et guérie par un traitement mercuriel. Malgré la prolongation de ce dernier traitement, le B.-W. est resté positif.

Actuellement, il existe une hydrocèle survenue assez brusquement, dit le malade, en travaillant ; hydrocèle peu tendue, permettant de palper facilement la glande génitale.

Testicule normal avec sa sensibilité spéciale habituelle.

L'épididyme présente une tuméfaction surtout localisée au niveau de la tête, qui a le volume d'une grosse noix assez douloureuse au palper.

Le corps de l'organe est un peu bosselé.

Déférent, cordon, prostate, vésicules normaux.

Disparition complète de tous les signes en cinq semaines par un traitement mixte arsenio-mercuriel.

OBSERVATION XL

Observation XXV de J.-E. Marcel (thèse *Syphilis du testicule*, 1926).

F... M..., consulté pour une augmentation de volume de la bourse droite dont il précise mal le début.

On sent au-dessus du testicule droit qui est souple, petit, sensible et collée à lui, une induration de la taille d'un petit noyau de pêche, irrégulière, très dure, un peu douloureuse, occupant vraisemblablement la tête de l'épididyme dont le corps et la queue vermiculaire sont normaux.

Cordon souple.

Prostate et vésicules normales.

Urines claires.

Chancre il y a quatre ans. Soigné par des injections intra-musculaires.

B.-W. +, Bauer très positive.

Floculation = 52.

Rétrocession rapide par le 914.

OBSERVATION XLI

Observation LXXIV de J.-E. Marcel (*Syphilis du testicule*). Epididymite tertiaire bilatérale (Cochin).

Ch..., 53 ans, présente une tête épидидymaire droite grosse comme une noisette, criblée de petites bosselures, dure et indolore, contrastant avec le reste de l'organe qui est souple.

Le testicule auquel il adhère est normal.

La vaginale est épaissie et il existe sur la face antérieure une petite zone de trépanation par laquelle on sent un petit épanchement.

Le côté gauche est analogue, mais moins accentué.

Rien à la prostate, ni aux vésicules.

Urines claires.

Pas de résidu.

Nie la syphilis, mais la réaction de Bordet-Wasserman type est faiblement positive.

De fait, dix injections de quinimuthol font rétrocéder à peu près complètement les lésions épидидymaires.

OBSERVATION XLII

Observation LXXV de la thèse de J.-E. Marcel. Epididymite bilatérale inconnue chez un malade atteint de gomme du palais (Saint-Louis).

G... A..., 39 ans, consulte pour une lésion buccale : Gomme syphilitique du palais. Leucoplasie linguale.

Un examen complet du malade permet de découvrir une double lésion épидидymaire latente.

L'épididyme gauche présente une tête et une queue de la taille du pouce. Collé contre le testicule dont il coiffe le bord supérieur en bonnet phrygien.

Irrégulier, bosselé, dur, légèrement sensible.

Mêmes lésions à l'épididyme droit, mais beaucoup moins accentuées. Testicules souples. Toucher rectal négatif. Urines limpides.

N'a jamais eu de blennorragie. Ne tousse pas.

OBSERVATION XLIII

Observation du Dr Perrin (résumée). *Marseille médical*, 5 décembre 1928.

Malade âgé de 48 ans, d'une bonne santé apparente.

Il y a vingt ans, blennorragie compliquée d'orché-épидидymite gauche, guérie sans laisser de séquelles.

Chancre induré en 1901, suivi d'accidens secondaires. Aurait, pendant quatre ans, reçu les soins d'un spécialiste renommé.

N'a jamais présenté, par la suite, d'accident spécifique.

En 1926, nouvelle uréthrite blennorragique, guérie dans les délais normaux sans complications.

Le 2 juin 1927, dit avoir ressenti, à la suite d'un coït un peu violent, une sensation de pesanteur dans le scrotum, sans douleur proprement dite. A l'examen, l'épididyme gauche est augmenté de volume, dur, non douloureux ; il présente sur le corps, la tête et la queue une série de noyaux durs se suivant en grains de cha-pelet, dont le volume va d'un grain de mil à la dimension d'un petit pois.

Le testicule gauche paraît sain.

Sillon épидидymo-testiculaire nettement perceptible.

Pas de réaction vaginale apparente.

Pas de déférentite.

Epididyme et testicule droits sains.

Prostate et vésicules saines.

Pas de ganglions.

Aucun écoulement urétral. Le premier jet d'urine est clair avec quelques filaments légers.

Les antécédents du malade permettant de penser à une lésion spécifique de l'épididyme, on institue un traitement d'épreuve.

Le 9 juillet, après douze injections de bismuth insoluble, on peut constater une amélioration manifeste : Tête de l'épididyme normale. Corps non induré, un peu congestionné. Queue grosse, dure, reste douloureuse. Cordon normal ainsi que prostate et vési-cules. Le testicule a légèrement grossi.

Le 1^{er} septembre (le malade ayant négligé tout traitement), l'épi-didyme gauche ne présente plus aucun noyau ; il reste simplement un peu plus gros que le droit. La douleur a disparu.

Le malade, quelque temps après, contracte une nouvelle urétrite blennorragique.

A peine guéri, un rapport avec la même compagne lui vaut dès le lendemain une orché-épididymite encore à gauche.

Au bout de douze jours, l'épididyme présente simplement une tête congestionnée et un noyau dur dans la queue ; il n'est pas dou-loureux.

Incorrigible, ce malade fera encore par la suite une urétrite, une orché-épididymite gauche, des poussées de prostatite, vésiculite, folliculite. Il se décide enfin à mener une existence plus calme. Revu, après six mois de ce nouveau régime, il est trouvé entière-ment guéri, n'était un léger épaississement de la queue de l'épidi-dyme gauche et un petit noyau caudal de l'épididyme droit.

« Grâce à la fidélité de notre client qui rendait excusables ses nom-breuses négligences, ajoute le Dr Perrin, nous avons pu assister à l'évolution complète d'une épididymite tertiaire, puis d'une épidi-dymite blennorragique frappant tour à tour le même organe. »

CONCLUSIONS

1. La syphilis peut frapper isolément l'épididyme à la période tertiaire.

2. C'est une affection rare qui, en raison de son indolence habituelle, passe souvent inaperçue aux yeux du malade ou du médecin.

3. Elle offre de grandes ressemblances avec l'épididymite tuberculeuse à laquelle on pense le plus souvent.

4. Le diagnostic de cette affection, qui n'est pas grave en elle-même, est donc important. Il reposera surtout sur le traitement d'épreuve, rapidement efficace.

Vu,
Le Doyen.
C. SIGALAS.

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
J. DUVERGEY.

Vu et permis d'imprimer.
Bordeaux, le 4 mai 1932
Le Recteur de l'Académie,
pour le Recteur de l'Académie,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
DUPONT.

BIBLIOGRAPHIE

- Allen** (C. W.). — « Syphilis de l'épididyme, » *American Journal of medical sciences Philadelphie*, avril 1894, t. CVIII, p. 398 à 408.
- Balme**. — *Etude de l'épididymite syphilitique précédée de quelques considérations sur les périodes secondaire et tertiaire de la syphilis*, Thèse de Paris, 1876.
- Brunsgaard** (E.). — *Tertier luestick epididymitis*, *Tidsskr f. d. Norske Lægefor*, Kristiania, 1919, t. XXXIX, p. 231 à 234.
- Curling**. — *Traité pratique des maladies du Testicule* (Traduit et annoté par Gosselin), 1857.
- Cornil** (V.). — *Leçons sur la Syphilis (faites à l'hôpital de Lourcines)* Paris, 1879, J. B. Baillères, éd.
- Cumston** (C. G.). — *Tertiary syphilitic epididymitis*, *Ann. Surgery. Phila.*, 1897, t. XI, p. 306 à 314.
- Campana**. — « Epididymite gommeuse », *Gior. Ital. d. mal. vener.*, Milano, 1878, t. XIII, p. 88 à 91.
- Cuilleret** (R.). — *De l'épididymite syphilitique secondaire*, Thèse de Lyon, 1890-91.
- Diday** (P.). — *La pratique des maladies vénériennes*, Paris, 1894, p. 322, Libr. Asselin et Houzeau.
- Delahaye**. — *Epididymite syphilitique tertiaire*, Thèse de Lyon, 1895-96.
- Dron**. — « De l'épididymite syphilitique » (Tumeur syphilitique de l'épididyme), *Archives générales de médecine*, Paris, 1863, t. II, p. 513 et 724.
- Durand**. — « Sur un cas d'épididymite syphilitique tertiaire », *Archives de médecine*, Toulouse, 1896, t. II, p. 188 à 190.
- Fournier** (A.). — « Du Sarcocèle syphilitique », *Mouvement médical*, Paris, 1874, t. XII, p. 538 à 553.
- Fraser** (A. R.). — *Syphilis of the testicle confined to the epididymis*, *Brit. Journ. Dermal.*, London, 1922, t. XXXIV, p. 195 à 200.

- Gosselin et Walther.** — Article « Testicule » du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, Paris, 1883, t. XXXV, p. 240 à 360.
- Greditzer (S. H.).** — *Syphilis of the epididymis*, *American Journal Syphilis*, avril 1927, t. 2, p. 202 à 207.
- Helot (J.).** — « Mémoire sur le testicule syphilitique », *Journal de Chirurgie de Malgaigne*, Paris, 1846, t. IV, p. 103, 128.
- Hinmann (F.) et Lisser (H.).** — *Syphilis of the epididymis without involvement of testicle*, *American Journal Syphilis*, 1918, t. II, p. 465 à 471.
- Jonnart.** — *De l'épididymite syphilitique tertiaire ou, du syphilome tertiaire de l'épididyme*, Thèse de Paris, 1894-95.
- Jacobavici.** — *Gaz. de Epididimita sifilitica*, *Spitalul. Bucuresci*, 1912, t. XI, p. 360 à 365.
- Lancereaux (E.).** — *Traité historique et pratique de la Syphilis*, 1866, Paris, G. Baillères.
- Lebreton et Minet.** — « Un cas de syphilis du testicule », 19^e Session de l'association française d'Urologie, Paris, oct. 1919, p. 298, Doin et fils, éd.
- Mauriac (Ch.).** — *Leçons sur les maladies vénériennes (professées à l'hôpital du Midi)* Paris, 1883, Baillères et fils, éd.
— *Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire*, Paris, 1890, p. 205 à 220, Baillères et fils, éd.
- Marcel (J.-E.).** — *Syphilis du Testicule*, Thèse Paris, 1926, Editions Le François.
- Melle (G.).** — « Epididymite syphilitique secondaire et gommeuse », *Gior. Ital. d. Mal. vener.*, Milano, 1897, t. XXXII, p. 152, 294, 401.
- Monod et Terrillon.** — *Traité des maladies du Testicule et de ses annexes*, Paris, 1889, p. 432, G. Masson, éd.
- Michelson (H. E.).** — *Syphilis of the epididymis*, *Journal Amer. med. assoc.*, Chicago, 1919, t. LXXIII, p. 1431 à 1433.
- Oudart et Jean.** — « Epididymite syphilitique tertiaire », *Presse médicale*, 23 décembre 1925, p. 1683 à 1684.
- O. Pinner.** — *Ueber epididymitis syphilitica*, *Berl. Klin. Wochenschrift.*, 1884, t. XXI, p. 655 à 658.
- Pascalis.** — *De l'épididymite syphilitique*, Thèse de Paris, 1884-85.
- Perrin.** — « L'Epididymite syphilitique tertiaire », *Marseille médical*, 5 décembre 1928, n° 34, p. 689.

- Reale** (A.). — « Epididymite gommeuse primitive », *Gior. internaz. d. Sc. med.*, Napoli, 1896, t. XVIII, p. 41 à 54.
- Reclus** (P.). — *De la Syphilis du Testicule*, 1882, p. 51 et 99, Masson, éd.
- Ricord**. — *Gazette des hôpitaux*, 1845, p. 503.
- Rollet** (E.). — « Epididymite syphilitique tertiaire », *Arch. pro. de chirurgie*, Paris, 1893, t. II, p. 231 à 238.
- Rolnick** (H. C.). — *Syphilis of the epididymis*, *Journ. Urol. Balt.*, 1924, t. 22, p. 147 à 152.
- Rohmer**. — *Le Sarcoécèle syphilitique*, Thèse d'agrégation, Paris, 1883, J. B. Baillères et fils, éd.
- Von Sigmund** (de Vienne). — *Ueber die Syphilitische Erkrankung der Nebenhoden*, *Wien med. Press.*, 1868, t. IX, p. 33 à 35.
- Schadeck**. — « Epididymite interstitielle syphilitique », *Saint-Pétersbourg Med. Wchuschr.*, 1885, p. 438.
- Tanturri** (V.). — *Epididymite syphilitica secundaria e gommosa Morgagni*, Napoli, 1871, t. XIII, p. 792 à 820.
- Tedenat** (El). — « Etude sur les affections syphilitiques du testicule », *Montpellier médical*, 1881, t. XLVII, p. 438 et 507.
- Thomas** (J. D.). — *A case of syphilitic epididymitis*, *Journ. Cut. et Genit., Urin., Diseases*, New-Yorck, 1891, t. IX, p. 292 à 294.
- Wolbarst** (A. L.). — *An unusually large cyst. of the epididymis*, *Urol. et Cut. Rev.*, Saint-Louis, 1920, t. XXIV, p. 269 à 271.
- Wright** (F. R.). — *Syphilis of the epididymis*, *Urologic and cutaneous Review*, Saint-Louis, 1916, t. XX, p. 661 à 663.
- Von Zeissl** (H.). — *Eine verbesserte Behandlung der Epididymitis*, *Aerztl. Ber. d. K. allgr. Krankeuf. Zu. Wien*, 1878, p. 198.



